

# Terveyspolitiikan eurooppalaistuminen – reflektioprosessi sisämarkkinoiden tasapainottamisen välineenä

MERVI KATTELUS – JUHO SAARI

## Johdanto

Sosiaali- ja terveyspolitiikka nojautui pitkälle 1990-luvun lopulle saakka ajatukseen, jonka mukaan Euroopan unionin tai integraation vaikutus terveyteen tai terveyspolitiikkaan on vähäinen, jollei olematon. Tämä näkemys oli vallitseva mm. Suomen keskeisissä linjauksissa EU-jäsenyysneuvottelujen yhteydessä. Esimerkiksi eduskunnan ulkoasiainvaliokunnan mietintö ”Suomen liittyminen Euroopan unioniin” ei sisältänyt montakaan ajatusta terveyspolitiikasta. Siinä lähinnä todetaan, että ”EU:n jäsenenäkin Suomella säilyy kansallinen sosiaali- ja terveyspolitiikka. Sen tulevaisuus on kaikissa integraatiovaihtoehdoissa *ensisijaisesti riippuvainen Suomen omista päätöksistä* ja sosiaaliturvaan käytettävissä olevasta rahoituksesta” (Eduskunnan ..., 1994, 30; kursivoiti lisätty). Tämä ei ollut yksinomaan suomalainen käsitys. Samansuuntaisesti ajateltiin laajasti myös muualla 1990-luvun puolivälin tienoilla (historiasta ks. Szyszczak 2001). Unionia ja sen lainsäädäntöä tarvittiin terveyspolitiikassa lähinnä suppeahkojen kansanterveysohjelmien toimeenpanijaksi, työvoiman liikkuvuuden mahdollistamiseen ja terveyden suojeluun sisämarkkinoilla. Komissiolla itsellään ei ollut terveyteen erikoistunutta pääosastoa tai komissaaria.

Nykyisin tilanne on tunnetusti toinen. Euroopan yhteisöjen tuomioistuimen (tämän jälkeen

EY-tuomioistuin) lukuisat päätökset koskien terveyspalvelujen vapaata liikkuvuutta vuodesta 1999 eteenpäin ovat muuttaneet sisämarkkinoiden ja terveyspalvelujen välistä tasapainoa aikaisemmasta. Tämän ohella on useita prosesseja, jotka tarkastelevat terveyspolitiikkaa eri näkökulmista. Kaiken kaikkiaan Euroopan tasolla harjoitetaan terveyspolitiikkaa ratkaisevasti enemmän kuin noin kymmenen vuotta sitten. Epäselvää kuitenkin on, kuinka *suuresta muutoksesta on kysymys. Tämän artikkelin tavoitteena on analysoida, missä määrin edellä kursivoitu, kansallisen päätöksenteon ensisijaisuutta koskeva ulkoasiainvaliokunnan linjaus vastaa nykyistä tilannetta Euroopan unionin terveyspolitiikassa*. Erityisen kiinnostuksen kohteena on terveyspalvelujen liikkuvuuden ja sitä joiltain osin sääntelemään pyrkivän reflektioprosessin välinen vuorovaikutus.

Aikaisempi asiaa sivuava tutkimus antaisi viitteitä siitä, että ulkoasiainvaliokunnan linjaus ei enää vastaa nykytilannetta. Viime vuosina on laajasti arvioitu, että integraatio on edennyt ”uuteen aikakauteen” sosiaali- ja terveyspolitiikassa tavalla, jota ei osattu ennakoita 1990-luvun puolivälissä. Monella tavalla ja useasta näkökulmasta unioni on osoittautunut sosiaalipoliittisesti merkitykselliseksi. Vaikka yhteisösopimuksessa määritellyt toimivallat unionin ja jäsenvaltioiden välillä eivät olekaan ratkaisevasti muuttuneet, poliittiset prosessit (ennen kaikkea Lissabonin strategia), talous- ja rahaliittoa ohjaava vakaus- ja kasvusopimus sekä EY-tuomioistuimen päätökset koskien sisämarkkinoiden ja sosiaaliturvan yhteensovittamista ovat vaikuttaneet jäsenvaltioissa harjoitettuun sosiaali- ja terveyspolitiikkaan.

*Artikkelissa esitetyt näkemykset ovat yksinomaan kirjoittajien vastuulla eivätkä välttämättä vastaa sosiaali- ja terveysministeriön näkemyksiä.*

Näiden seurauksena sosiaalipolitiikan on katsottu ”eurooppalaistuvan”; sillä tarkoitetaan yleisesti ottaen jäsenvaltioiden ja Euroopan unionin tiivistyvää vuorovaikutusta, oikeuksien ja velvollisuuksien täsmentämistä ja yhteisten tavoitteiden asettamista (Suomessa eri ulottuvuuksista ks. esim. Saari 2002 & 2003; Kari & Saari 2005; Hagfors & Saari 2006; Laitinen-Kuikka & Saari 2006; Raunio & Saari 2006; ajantasaisia eurooppalaisia teoksia ovat mm. Sakellaropoulos & Berghman 2004; Schmögnerová 2005; Palola & Savio 2005). Suurin osa tuosta tutkimuksesta on kuitenkin arvioinut Euroopan unionia ”yleisen sosiaalipolitiikan” ja erilaisten politiikkaprosessien näkökulmasta. Muutamaa tärkeää poikkeusta lukuun ottamatta integraatiota ei ole Suomessa arvioitu nimenomaisesti terveyspolitiikan ja oikeuskäytännön kannalta (ks. Hämäläinen & al. 2004; Kaila 2004; tärkeimmät ”yleiseurooppalaiset” teokset tästä problematiikasta ovat Mossialos & al. 2002; Mossialos & McKee 2002; Saltman & al. 2002 & 2004). Tutkimuksen painottuminen sosiaalipolitiikkaan selittyy enemmänkin tutkijoiden orientaatiosta kuin eri politiikkalohkoilla tapahtuvien muutosten merkityksestä. Käsillä oleva artikkeli täyttää tuota aukkoa.

Tämän artikkelin kannalta terveyspolitiikan eurooppalaistumisessa kiinnostavaa on, kuinka komissio, Euroopan parlamentti, EY-tuomioistuin ja myös Euroopan unionin neuvosto (jäljempänä neuvosto) siltä osin, kuin sitä voidaan pitää ylikansallisen organisaationa, vaikuttavat jäsenvaltioiden terveyspalvelujärjestelmien toimintaan ja terveyspolitiikan tavoitteenasetteluun. Samalla on kuitenkin syytä pitää mielessä kolikon toinen puoli eli se, kuinka jäsenvaltiot vaikuttavat unionin politiikkoihin antamalla unionille uutta toimivaltaa uusilla alueilla ja muuttamalla unionin tavoitteenasettelua erilaisten jäsenvaltioiden välisten poliittisten prosessien avulla. Eurooppalaistuminen on kaksisuuntainen prosessi (Laitinen-Kuikka & Saari 2006).

Kaksisuuntaisen eurooppalaistumisen myötä sosiaali- ja terveyspoliittiset kysymykset ovat nousseet aikaisempaa näkyvämmiin ja ehkä myös luontevammin unionin poliittiselle asialistalle. Aikaisemmin, aina 1990-luvun puoliväliin saakka integraatitavoitteissa korostui sisämarkkinoiden luominen taloudellisen hyvinvoinnin lisäämiseksi. Nykyisin, erityisesti 2000-luvun alun jälkeen unionin keskeisiksi poliittisiksi tavoitteiksi on asetettu unioninlaajuisen toimivan ja tehok-

kaan sosiaalisen markkinatalouden luominen ja ”Euroopan sosiaalisen mallin” nykyaikaistaminen (ks. Kari & Saari 2005). Lähestymiskulman muutoksen seurauksena monet unionin politiikat ovat nykyisin enemmän jäsenvaltioiden politiikkojen näköisiä: niissä pohditaan usein hyvinvointivaltioihin liittyviä kysymyksiä (ks. esim. SEC[2005]1774; KOM[2005]141). Siten niissä tulevat aikaisempaa näkyvämmiin esiin myös hyvinvointivaltioille tärkeät asiakokonaisuudet, mukaan luettuna terveys.

Tässä yhteydessä terveyspolitiikkaa tarkastellaan sisämarkkinoiden ja jäsenvaltioiden, erityisesti Suomen terveyspolitiikan leikkauspisteestä käsin. Eurooppalaistumisen kannalta kysymys on tällöin siitä, kuinka *sektoraalinen* eli politiikkalohkokohdainen lähestymistapa terveyspolitiikkaan sovitetaan yhteen *funktionaalisen* eli sisämarkkinoiden toimeenpanoa korostavan lähestymistavan kanssa.<sup>1</sup> Havainnollinen esimerkki on vaikkapa suun terveydenhuolto. Sektoraalisesta lähestymistavasta tarkasteltuna unionilla ei pitäisi olla mitään sananvaltaa siihen, miten jäsenvaltiot suun terveydenhuollon organisoivat. Funktionaalista näkökulmasta tarkasteltuna asia ei ole näin, sillä tällöin suun terveydenhuoltoa arvioidaan palvelujen, henkilöiden (hammaslääkärit) ja tavaroiden (esim. lääkinnälliset laitteet) vapaan liikkuvuuden kannalta. Toisesta näkökulmasta arvioituna kysymys on siitä, kuinka sovitetaan yhteen jäsenvaltioiden legitimeinä pidetyt institutionaalisten rakenteiden väliset eroavaisuudet sekä sisämarkkinoista ja eurooppalaisista prosesseista syntyvät yhdenmukaistavat paineet.

Tunnettua on, että tämä problematiikka on moniulotteistunut paitsi integraation syventymisen myös jäsenvaltioiden lukumäärän kasvun myötä (ks. myös Scharpf 2003; Sakellaropoulos & Berghman 2004; de Búrca 2005; Schmögnerová 2005). Myöhemmin tässä artikkelissa kuva-

<sup>1</sup>Tätä keskustelua käytiin laajasti konventissa. Ks. *The Secretariat: Note from the European Commission on "Delimitation of powers": a matter of scale of intervention. WGV/WD4. Ei CONV-numeroa. Brussels, 10 Juillet 2002. Note from the European Commission on the "the European Union's complementary powers: scope and limits". WG V /WD 7, Brussels, 29 Juillet 2002; The Secretariat: Comments from the Commission's representative in response Mr Altmaier's note on the distribution of competencies. WGV/WD16. Ei CONV-numeroa. Brussels, 3 September 2002. WG V /WD 7, Brussels, 29 Juillet 2002. Ks. tarkemmin Saari 2003, 370–375.*

taan, kuinka nämä kaksi yhteensovittava ”painopisteperiaate” (*centre of gravity*) on siirtynyt asteittain sektoraalisesta kohti funktionaalista näkökulmaa EY-tuomioistuimen tuomioiden myötä. Samalla nousee esiin sisämarkkinoiden toimeenpanon ja jäsenvaltioiden järjestelmiä uudistavan ja suojaavan terveyspolitiikan välinen jännite, jossa arvotetaan eri periaatteiden merkitystä Euroopan unionissa.

Artikkelin aluksi tarkastellaan terveyden eurooppalaistumisesta käytävää keskustelua. Sitten tarkastelun kohteena on kansanterveystoimivallan kehitys. Tavoitteena on antaa yleiskuva unionin sektoraalisesta toimivallasta kansanterveyteen kytkeytyvissä asioissa. Sen jälkeen analysoidaan, kuinka eurooppalaistuminen heijastuu sisämarkkinoiden ja terveyspolitiikan välisessä vuorovaikutuksessa. Tarkastelun kohteena ovat sisämarkkinoiden ja terveyspolitiikan välistä tasapainoa muuttaneet EY-tuomioistuimen tapaukset eli ns. funktionaalisen toimivallan vahvistuminen unionissa. Tässä yhteydessä arvioidaan myös tuomioistuimen päätösten vaikutuksia Suomen terveyspolitiikkaan. Tämän jälkeen tarkastelun kohteena on ”reflektioprosessina” tunnettu toimintamalli, jonka yhtenä tehtävänä on kumulatiivisen oikeuskäytännön kautta välittyneen sisämarkkinavaikutuksen hillitseminen ja ohjaaminen jäsenvaltioiden hyväksyttävissä oleville alueille. Artikkelin lopuksi kerätään yhteen keskeiset tulokset ja tarkastellaan artikkelin teemaan kytkeytyviä ajankohtaisia kysymyksiä, kuten ehdotuksia palveludirektiiviksi ja perustuslaiksi.<sup>2</sup>

## Eurooppalaistuminen ja terveys

Terveys ei kuulunut Euroopan yhteisön (vuodesta 1993 unionin) poliittiselle tai oikeudelliselle asialistalle useaan vuosikymmeneen. Poliittikalohkokokohtaisen *sektoraalisen* toimivallan näkökulmasta terveys lukeutuu jäsenvaltioiden toimivaltaan, tai oikeammin Euroopan unionin toimivaltaan terveydessä on avustava. Euroopan unionin ja

yhteisön perussopimukset nimittäin määrittävät unionin toimivallat, jolloin tarkastelun kohteena on unionin näkökulmasta yksinomainen, jaettu ja avustava toimivalta. Perussopimukset eivät siis määrittele, mitkä asiat kuuluvat kansalliseen toimivaltaan. Poikkeus on unionisopimuksen artiklan 6.3 pohjalta tehty linjaukset ”kansalliseen ominaislaatuun” lukeutuvista asioista (ks. Saari 2003, 7. luku). Toisaalta myös myöhemmin käsiteltävää yhteisösovimuksen kansanterveysartiklan 152.5 kohtaa on tulkittu siten, että siinä mainitut asiat nimenomaisesti kuuluvat kansalliseen toimivaltaan.

Sektoraalisen toimivallan näkökulmasta terveys Euroopan yhteisössä on sisällyttänyt ensisijaisesti kansanterveyden (oikeusperustan muutoksista ks. liite 1), jolla tarkoitetaan lähinnä terveyden edistämistä ja sairauksien ehkäisemistä. Maastrichtin sopimukseen otettu ensimmäinen kansanterveysartikla (129. artikla) oli suppea eikä sallinut jäsenvaltioiden lainsäädäntöjen yhtenäistämistä. Sen sijaan artikla edellytti jäsenvaltioiden politiikkojen ja toimintaohjelmien yhteensovittamista. Terveys tuli lisäksi ottaa huomioon yhteisön muissa politiikoissa. Amsterdamin sopimus (5/1999) laajensi yhteisön toimivaltaa kansanterveydessä. Tuolloin hyväksytty yhteisösopimuksen 152. artikla säilyi ennallaan Nizzan sopimuksessa ja on siten edelleen voimassa olevaa oikeutta. Säädöstasolla yhteisön kansanterveys-toimivalta on nyt kattavampi, se sisältää yleisesti toimet, joilla pyritään kansanterveyden parantamiseen, ihmisten sairauksien ja tautien ehkäisemiseen sekä ihmisten terveyttä vaarantavien tekijöiden torjuntaan. Tämä toiminta käsittää myös laajalle levinneiden vaarallisten sairauksien torjunnan edistämällä niiden syiden, leviämisen ja ehkäisemisen tutkimusta sekä terveysvalistusta ja -kasvatusta. Yhteisö täydentää lisäksi huumausainneiden aiheuttamien terveyshaittojen vähentämiseen tähtäävää jäsenvaltioiden toimintaa. Näiden yhteensovittamisalojen lisäksi mahdollistettiin jäsenvaltioiden lainsäädäntöjen yhdenmukaistaminen kansanterveysperustaisesti eräillä erityisaloilla, kuten veren ja elinten laatu- ja turvallisuusvaatimuksissa. Erikseen korostettiin sitä, että tavoitteena ei ole jäsenvaltioiden terveyspalvelu- tai sairausvakuutusjärjestelmien harmonisointi.

Sektoraalisen toimivallan ohella terveyttä tarkasteltiin myös *funktionaalisesti*, sisämarkkinoiden (ja kilpailulainsäädännön) näkökulmasta (ks. myös Saari 2003). Tällöin kysymys on siitä, missä

<sup>2</sup>Osa artikkelistamme perustuu henkilökohtaiseen havainnointiin, ei-julkisiin asiakirjoihin ja keskusteluihin eri jäsenvaltioiden hallitusten edustajien kanssa. Näihin perustuvat osin mm. jäsenvaltioiden kannat EY-tuomioistuimen oikeuskäytännöstä ja sen soveltamisesta, reflektioprosessiin johtaneet tapahtumat ja arvio sen jatkotoimien merkityksestä.

määrin jäsenvaltioiden politiikat ovat yhteensopivia sisämarkkinoiden toimintaperiaatteiden kanssa. Funktionaalisen toimivallan toimivuuden takaamiseksi terveyteen ja terveydenhuoltoon liittyviä kysymyksiä on yhteisössä säännelty lähinnä *henkilöiden ja tavaroiden* vapaata liikkuvuutta eli sisämarkkinoita koskevien säännösten pohjalta.

*Henkilöiden* vapaata liikkuvuutta säännellään mm. tiettyjen terveydenhuollon ammattilaisten, kuten lääkäreiden, sairaanhoitajien ja hammaslääkäreiden, pätevyyksien vastavuoroista tunnustamista koskevilla määräyksillä. Nämä säännökset ovat kehittyneet 1970-luvun loppupuolelta lähtien ja uusi direktiivi ammattipätevyyden tunnustamisesta (2005/36/EY) hyväksyttiin loppuvuodesta 2005.

Henkilöiden vapaan liikkuvuuden olennainen osa on toisessa maassa työskentelevien henkilöiden sosiaaliturva, jota säädellään sosiaaliturvan koordinoitiasetuksella 1408/71 ja sen toimeenpanoasetuksella 574/72. Sosiaaliturvaetuuksiin katsotaan sisältyvän myös sairaanhoitoetuudet, jotka käsittävät sekä hoidon että hoidon hankkimisesta maksettavat rahakorvaukset. Sosiaalipalvelut ovat sen sijaan pääosin asetuksen soveltamisalan ulkopuolella. Sosiaaliturvaetuuksien ja -maksujen koordinoitua on säännelty jo yhteisön historian alkuvuosilta alkaen (silloiset asetukset 3 ja 4 vuodelta 1958). Näiden suoraan jäsenvaltioissa sovellettavien asetusten poliittisesta herkkyydestä kertoo se, että niistä päätetään poikkeuksellisesti yksimielisesti. Tämä johtaa siihen, että kaikkien jäsenvaltioiden tulee hyväksyä kaikki asetusmuutokset. Tämä on jäykistänyt koordinaatio-asetukset vuosittaisista tarkistuksista huolimatta pitkälti 1970-luvun pelisääntöjen mukaisiksi ja siirtänyt tulkintavaltaa huomattavissa määrin EY-tuomioistuimelle.

Sosiaaliturva-asetuksista oli ajan kuluessa muodostunut hyvin monimutkainen ja vaikeasti hallittava kokonaisuus, minkä vuoksi ne päätettiin yksinkertaistaa. Runsaat viisi vuotta kestäneen valmistelun lopputuloksena neuvosto ja Euroopan parlamentti hyväksyivät vuonna 2004 sosiaaliturva-asetuksen 1408/71 korvaavan asetuksen 883/04. Sairaanhoitoetuuksien koordinoitua muutettiin jo nykyisessä asetuksessa eurooppalaisen sairaanhoitokortin käyttöönoton vuoksi kesäkuusta 2004 lukien, jolloin esimerkiksi eri henkilöryhmiin kuuluvien erilaiset oikeudet hoitoon yhdenmukaistettiin. Jäsenvaltiot eivät hyväksyneet komission neuvostokäsittelyn yhtey-

dessä ehdottamaa EY-tuomioistuimen siihenastisen oikeuskäytännön kirjaamista asetustekstiin siltä osin, kuin kysymys oli terveyspalveluiden korvattavuudesta perussopimuksen säännösten perusteella. Jäsenvaltioilla oli ja on edelleen eri käsityksiä tuomioistuinratkaisujen tulkinnoista ja oikeuskäytännön soveltuvuudesta niiden kansallisiin järjestelmiin. Vaikka uusi sosiaaliturva-asetus on jo voimassa, sitä ei sovelleta vielä, koska myös toimeenpanoasetus on uusittava. Komission ehdotusta uudeksi toimeenpanoasetukseksi odotetaan alkuvuodesta 2006. Aikaisintaan uudet asetukset tullevat sovellettaviksi parin vuoden kuluessa komission ehdotuksen antamisesta.

*Tavaroiden* vapaaseen liikkuvuuteen perustuen on säännelty muun muassa lääkkeiden myyntilupia, valvontaa ja turvallisuuskysymyksiä lukuisilla direktiiveillä 1960-luvun puolivälistä alkaen. Sisämarkkina-artiklojen perusteella on säännelty myös elintarviketurvallisuuden ja terveydelle vaarallisten aineiden, kuten kemikaalien, valvontaa. Tupakan terveyshaittoja hillitsemiseksi tehtiin 1980-luvun lopulla ehdotuksia, mutta nämä säännökset, esimerkiksi tupakan televisiomainontaa, tervapitoisuutta ja pakkausmerkintöjä koskevat direktiivit, toteutuivat vasta seuraavan vuosikymmenen aikana.

Tupakan mainontakieltoa koskeva direktiivi (98/43/EY) on hyvä esimerkki sisämarkkinoihin ja kansanterveyteen liittyvän oikeusperustan rajanvedosta. EY-tuomioistuin kumosi Saksan tekemän kanteen perusteella sisämarkkina-artikloihin (47. artikla, 2. kohta, 55. ja 95. artikla) perustuneen direktiivin, koska sen oikeusperusta katsottiin virheelliseksi (C-376/98, Saksa vs. parlamentti ja neuvosto). Tuomioistuin katsoi, että ihmisten terveyden suojelua ja edistämistä koskevan lainsäädännön yhdenmukaistaminen on kiellettyä eikä kieltoa saa kiertää esim. sisämarkkina-artiklojen avulla. Direktiivissä säädellyt toimenpiteet eivät tuomioistuimen mukaan kaikin osin edistäneet tavaroiden vapaata liikkuvuutta ja palveluiden vapaata tarjoamista (vaan kansanterveyttä). Vuonna 2003 hyväksyttiin uusi sisämarkkina-artikloihin perustuva direktiivi (2003/33/EY), jossa edellisen direktiivin oikeusperustaan liittyvät ongelmat onnistuttiin useimpien jäsenvaltioiden mielestä välttämään. Tämä käsitys oli kuitenkin hieman ennenaikainen, koska uusikin direktiivi on viety EY-tuomioistuimen käsittelyyn pääosin samasta syystä kuin edellinen (esim. C-380/03, Saksa vs. parlamentti ja neuvosto).

*Terveyspalveluista* ei juuri edellä mainituissa yhteyksissä puhuttu. Niiden katsottiin kuuluvan tiukasti jäsenvaltioiden toimivaltaan. Kuluttajan oikeuksiin ei pääsääntöisesti katsottu kuuluvan terveyspalvelujen ja tavaroiden ostaminen ilman kotimaan toimivaltaisten viranomaisten antamaa ennakkolupaa toisesta jäsenmaasta oman asuinmaansa sairausvakuutuksen tai palvelujärjestelmän laskuun. ”Terveiden” ja ”palvelujen” välinen jännite on kuitenkin ilmeinen, sillä sisämarkkinoiden toimeenpanon edetessä paino siirtyi väistämättä jäsenvaltioiden toimivallassa olevasta ”terveydestä” jaettuun toimivaltaan kuuluviin ”palveluihin” ja niiden vapaaseen, mutta säänneltyyn liikkumiseen Euroopan unionin sisämarkkinoilla. Näin funktionaalinen toimivalta vahvistuu sektoraalisen toimivallan kustannuksella.

### **Euroopan yhteisöjen tuomioistuimen oikeuskäytäntö**

Terveyspalveluiden nousemisessa EU:n asialistalle on ollut ratkaiseva rooli EY-tuomioistuimella, jonka tehtävänä on valvoa, että EY-lainsäädäntöä tulkitaan ja sovelletaan samalla tavalla kaikissa jäsenvaltioissa (ks. esim. Hatzopoulos 2005). Tämän kehityksen alkusysäyksenä olivat tuomioistuimen vuonna 1998 antamat (ennakko)ratkaisut Decker (C-120/95) ja Kohll (C-158/96), vaikka terveyspalveluiden korvattavuudesta on toki tärkeitä ratkaisuja jo aiemmilta vuosilta. Mainittujen ratkaisujen merkitys oli siinä, että ne avasivat sosiaaliturva-asetuksen rinnalle uuden, perussopimukseen perustuvan kanavan hakeutua hoitoon toiseen jäsenvaltioon oman maan sosiaaliturvajärjestelmän kustannuksella. Ratkaisut jättivät kuitenkin monia asioita avoimiksi, muun muassa mainitun periaatteen soveltumisen sairaalahoitoon. Useat jäsenvaltiot katsoivat, etteivät Decker- ja Kohll-ratkaisut koskeneet niiden järjestelmiä, koska sairaanhoito annetaan ns. luontoisuuksina (vakuutusperusteinen järjestelmä, jossa potilas ei maksa palvelun antajalle korvausta) tai kansallisissa terveydenhuoltojärjestelmissä (kuten Suomen kunnallinen terveydenhuolto) (esim. Palm & al. 2000).

Seuraavissa vuonna 2001 antamissaan ratkaisuissa Vanbraekel (C-368/98) sekä Smits ja Peerbooms (C-157/99) tuomioistuin vahvisti kannanottonsa, että terveyspalvelut, mukaan lukien sairaalahoito, ovat perussopimuksen tarkoittamia

palveluita. Näin ollen myös sairaalahoito on korvattava, jos se on hankittu toisesta jäsenvaltiosta. Tuomioistuin katsoi kuitenkin, että ennakkolupa sairaalahoitoon voidaan edellyttää, jos tähän on pakottava syy. Tällaiseksi syyksi (oikeuttamisperusteeksi) voidaan katsoa jäsenvaltion sosiaaliturvajärjestelmän taloudellisen tasapainon vakavan järkkymisen vaara tai riittävän monipuolisten ja kaikkien saatavilla olevien sairaanhoitopalvelujen ylläpitäminen jäsenvaltiossa. Ennakkolupajärjestelmän on perustuttava objektiivisiin ja syrjimättömiin kriteereihin, jotka ovat etukäteen tiedossa. Näin tuomioistuin rajasi ulos hallinnollisen harkinnan mahdollisuuden ja samalla velvoitti jäsenvaltioita selkeyttämään omia toimintamallejaan. Lisäksi tuomioistuin edellytti, että lupaedellytykset ovat perusteltuja ja yleisen edun mukaiseen tavoitteeseen nähden oikeasuhteisia. Toisaalta tuomioistuin totesi, että sairaalan ulkopuolella annettavasta hoidosta ei aiheudu sellaisia kustannuksia, että järjestelmän tasapaino voisi vaarantua. Sairaalan ulkopuolella annettavaan hoitoon ei siten voida vaatia ennakkolupaa (esim. Müller-Fauré ja Van Riet, C-385/99).

EY-tuomioistuin totesi jo vuonna 2001, että palvelujen vapaan liikkuvuuden periaatteet soveltuvat kaikkiin terveyspalveluihin järjestelmän rahoitustavasta riippumatta (C-157/99). Tästä huolimatta kaikki jäsenvaltiot eivät ole oikeuskäytäntöä soveltaneet omassa lainsäädännössään. Myöskään Suomi ei ole muuttanut tulkintaansa, jonka mukaan riittää, kun toisessa EU/ETA-valtiossa hankittu hoito korvataan sairausvakuutusjärjestelmästä, eikä kuntien tarvitse korvata hoitoa, vaikka tämä yleensä tulisi potilaalle edullisemmaksi. Tämä tulkinta on vaakaaludalla parhaillaan EY-tuomioistuimen käsittelemässä tapauksessa Watts (C-372/04), jossa ensimmäistä kertaa on kysymyksessä Suomen kunnalliseen terveydenhuoltojärjestelmään rinnastettavissa oleva järjestelmä. Samaan aikaan vireillä on tapaus Herrera (C-466/04), jossa korvausvelvollisuuden laajuutta edelleen mitataan sillä, koskeeko se yleisesti myös matka-, asumis- ja ylläpitokustannusten korvaamista.

Taulukkoon 1 on koottu tähänastinen oikeuskäytäntö ja tärkeimmät vireillä olevat tapaukset sekä arvioitu niiden vaikutuksia tai soveltamista Suomessa. Olennaisin merkitys Suomen kannalta on ollut Decker- ja Kohll-ratkaisuilla, joiden vuoksi sairausvakuutuksen korvauskäytäntöjä muutettiin pian ratkaisujen antamisen jälkeen ja



*Taulukko 1. Sisämarkkinat ja terveys: Tärkeimmät Euroopan yhteisöjen tuomioistuimen oikeustapaukset 1995–2005*

Tapaus (suluissa maa, jonka järjestelmää tapaus koskee)	Ratkaisun antovuosi ja pääsisältö	Vaikutukset Suomeen/soveltaminen Suomessa
C-120/95 Decker C-158/96 Kohll (Luxemburg)	1998: Ilman ennakkolupaa hankitut silmälasit ja oikomisahoito (avohoito) on korvattava	– Kela on korvannut EU/ETA-maassa hankittua hoitoa vuodesta 1998 kotimaisten sairausvakuutustaksojen mukaisesti – Säädetty uudessa sairausvakuutuslaissa 1.1.2005 lukien
C-368/98 Vanbraekel ym. (Belgia)	2001: Sairaalahoido – korvaustasojen vertailu (potilaan kotimaa voi maksaa lisäkorvauksen, jos sen korvaustaso on hoitoa antaneen maan korvaustasoa korkeampi)	– Käytännössä tulee harvoin sovellettavaksi, koska Suomen sairausvakuutuksen korvaustaso niin alhainen
C-157/99 Smits ja Peerbooms (Alankomaat)	2001: Kokeellinen sairaalahoido Parkinsonin taudissa ja koomapotilaalle – palvelujen vapaan liikkuvuuden periaatteet soveltuvat kaikkiin terveyspalveluihin järjestelmästä riippumatta (vakuutus/luontoisetuusjärjestelmä) – "kansainvälisessä lääketieteessä" päteväksi todettu hoito kriteerinä	– Suomessa sairaalahoidoa korvataan sairausvakuutuksen ehtojen mukaisesti (esim. sairaalan hoitopäivämaksut eivät korvattavia) – Hoitokäytäntöjen määrittely edelleen kansallista, mutta ne perustuvat pitkälti kansainväliseen tutkittuun tietoon
C-326/00 IKA – Ioannidis (Kreikka)	2003: Eläkeläisen kroonisen sairauden paheneminen (1408/71 soveltaminen) – hoito annettava, vaikka sairaus olisi ennakoitavissa	– Suomen tulkinnan mukaan eläkeläisillä oli sosiaaliturva-asetuksen aiemman 31. artiklan mukaan oikeus "laajempaan hoitoon", joka kattoi myös kroonisen sairauden pahenemisen; nyt hoito-oikeuden laajuus eri henkilöryhmillä sama
C-385/99 Müller-Fauré ja Van Riet (Alankomaat)	2003: Osin sairaalahoido, osin avohoito – ennakkolupa sairaalahoittoon voidaan edellyttää, jos oikeuttamisperusteet olemassa, sairaalalaitoksen ulkopuoliseen hoitoon ei – arvioitaessa hoitoon pääsyä "kohtuullisessa ajassa" sekä lupaharkinnassa yleensä on otettava huomioon potilaan kokonaistilanne	– Ennakkolupa sairaalahoittoon sosiaaliturva-asetuksen mukainen ja sen antaa sairaanhoitopiiri – Asiasta on säädetty erikoissairaanhoito-laissa 1.3.2005 lukien (muutos toteutettiin hoitoon pääsyn enimmäisaikojen koskevan uudistuksen yhteydessä), ks. myös valtioneuvoston asetus 1339/2004 – Lupakriteerit eivät läpinäkyviä
C-56/01 Inizan (Ranska)	2003: Kivunlievityshoito – ennakkolupakriteerit mahdollisimman yhdenmukaiset sosiaaliturva-asetuksen tai perussopimuksen mukaisessa hoitoon hakeutumisessa	– Suomessa on säädetty vain sosiaaliturva-asetuksen mukaisesta ennakkoluvasta
C-8/02 Leichtle (Itävalta)	2004: Kylpylähoito – hoitoon läheisesti liittyvät kulut (asuminen, ruoka, matkat) korvattava samoin edellytyksin kuin kansallisesti	– Kela ei korvaa ulkomailta syntyneitä matka-, asumis- ja ylläpitokustannuksia – Sairaala/potilaan kotikunta maksaa tarvittavat kustannukset, jos sairaala ostaa palvelun ulkomailta (ns. ostopalvelu)
C-145/03 Keller (Saksa)	2005: Henkeä uhkaavan sairauden äkillinen paheneminen hoitoa antavassa maassa, joka voi lähettää potilaan EU:n ulkopuoliseen maahan hoidettavaksi ja potilaan kotimaan on korvattava	– Harvoin sovellettavaksi tuleva tilanne
C-372/04 Watts Iso-Britannia)	Vireillä, julkisasiamiehen ratkaisuehdotus 15.12.2005, jonka mukaan palvelujen vapaa liikkuvuus koskee Ison-Britannian järjestelmää (Suomi on osallistunut käsittelyyn)	– Suomen kunnalliseen terveydenhuoltoon rinnastettava järjestelmä – kunnat korvausvastuuseen vai riittääkö, että korvataan sairausvakuutuksesta?
C-466/04 Herrera (Espanja)	Vireillä, julkisasiamiehen ratkaisuehdotus 19.1.2006, jonka mukaan korvausvelvollisuus vain, jos siitä on kansallisesti säädetty (Suomi on tehnyt kirjalliset huomautukset)	– Matka-, asumis- ja ylläpitokustannukset korvattaviksi?

lainsäädäntö seurasi perässä muutaman vuoden viiveellä. Vireillä olevien tapausten potentiaalinen merkitys on tätäkin suurempi, sillä ulkomailta hankittujen terveyspalveluiden korvausvelvollisuuden ulottaminen Suomen kunnalliseen terveydenhuoltojärjestelmään voisi merkitä kunnille huomattavia lisäkustannuksia etenkin, jos se yhdistetään velvollisuuteen korvata matka-, oleskelu- ja ylläpitokustannuksia. Käsityksemme mukaan kysymyksessä on kuitenkin vain uhkakuva, joka ei lähiaikoina välträmättä toteudu, ellei Suomi muuta tässä kohtaa politiikkaansa tai EY-tuomioistuin anna tällaista ratkaisua Suomen järjestelmästä. Todettakoon vielä, että toistaiseksi Suomen terveydenhuoltojärjestelmää koskevia tapauksia ei ole viety EY-tuomioistuimeen.

Tiivistäen voidaan sanoa, että EY-tuomioistuinten oikeuskäytäntö aloitti 1990-luvulla uuden aikakauden Euroopan unionin terveyspolitiikassa siirtämällä tarkastelun sektoraaaliseen funktionaaliseen. Politiikka ei siis enää viime vuosina ole keskittynyt pelkästään kansanterveyden edistämiseen, jolle on olemassa selkeä oikeusperusta. Sen ohella se on painottunut lisääntyvässä määrin alueelle, jolla ei ole selkeää unionin toimivaltaa, eli keskusteluun terveyspalveluiden korvattavuudesta sekä jäsenvaltioiden keskinäisen ja komission kanssa tehtävän yhteistyön lisäämiseen terveyspalveluiden alalla. Poliittikan muutos on näkynyt myös komission asiakirjoissa 1990-luvun loppupuolelta lähtien, mutta kokonaisvaltaisen strategiansa tällä alalla komissio ilmaisi keväällä 2004.

Potilaiden liikkuvuutta ja terveydenhuollon kehityssuuntauksia EU:ssa käsittelevässä tiedonannossaan (KOM[2004]301) komissio pitää tärkeänä EU:n laajuista, kokonaisvaltaista strategiaa. Tähän strategiaan kuuluvat mainitussa tiedonannossa selostetut toimenpiteet, erillinen tiedonanto avoimen koordinoitimenetelmän laajentamisesta terveydenhuoltoon ja pitkäaikaishoittoon (KOM[2004]304), terveysalan sähköisten sovellusten edistämistä Euroopassa koskeva toimintasuunnitelma (eHealth) (KOM[2004]356), direktiivi palveluista sisämarkkinoilla (KOM[2004]2) sekä sosiaaliturvan koordinoitiasetus 1408/71. Komissio katsoo, että yhdessä nämä aloitteet tekevät mahdolliseksi sen, että potilaat voivat käyttää unionin lainsäädännön mukaisia oikeuksiaan terveydenhoitoon muissa jäsenvaltioissa. Myös EU:n laajuinen terveydenhuoltojärjestelmien välinen yhteistyö helpottuu. Komissio korostaa EY-tuomioistuimen kannanottojen mukaisesti kai-

kissa asiakirjoissaan sitä, että vastuu terveyspalvelujen ja sairaanhoidon järjestämisestä ja tuottamisesta on jäsenvaltioiden toimivallassa, mutta näiden on tätä vastuuta toteuttaessaan otettava huomioon yhteisön lainsäädäntö. Käytännössä tämä näkemys johtaa terveyspalveluiden tietynasteiseen alisteisuuteen sisämarkkinaperiaatteiden ja erityisesti palveluiden vapaan liikkuvuuden toteutumiselle.

## Reflektioprosessi – kohti uutta tasapainoa?

Jäsenvaltiot ovat tiedostaneet jo varsin pitkään sektoraaalisen ja funktionaalisen toimivallan välisen tasapainon muutokseen sisältyvät haasteet. Itse asiassa jo 1970-luvulla tuomioistuin teki ratkaisuja, jotka muuttivat funktionaalisen ja sektoraaalisen toimivallan välistä tasapainoa edellisen hyväksi. Silloiset jäsenvaltiot eivät halunneet hyväksyä tuomioistuimen sinänsä johdonmukaista linjaa vaan muuttivat sekundaarilainsäädäntöä jälkeinpäin mielensä mukaiseksi. (Pierik C-182/78 ja sitä seurannut sosiaaliturva-asetuksen 22. artiklan muuttaminen.) Toimivaltojen selkeyttämiseksi ja ikään kuin tasapainon tukemiseksi Amsterdamin sopimuksen (2/1999) kansanterveyttä käsittelevän 152. artiklan 5. kohtaan otettiin asiaa koskeva suojalause: ”Yhteisön toiminnassa kansanterveyden alalla otetaan täysimääräisesti huomioon jäsenvaltioiden terveyspalvelujen ja sairaanhoidon järjestämiseen ja tarjoamiseen liittyvät velvollisuudet.” Tämä on perussopimuksessa ainoa säännös, jossa terveyspalvelut mainitaan nimenomaisesti.

Suojasäädös on sittemmin osoittautunut riittämättömäksi. Tasapaino alkoi muuttua selkeästi vuoden 1998 jälkeen, jolloin EY-tuomioistuin antoi ensimmäiset ”uuden aikakauden” ratkaisunsa toisessa jäsenvaltiossa hankittujen terveyspalveluiden korvattavuudesta. Erona aiempaan oikeuskäytäntöön uuden aikakauden päätöksissä oli, että tuomioistuin ei nojautunut ratkaisuihinsa sosiaaliturvan koordinoitiasetukseen tai muuhun sekundaarilainsäädäntöön. Näiden sijasta se johdatti linjauksensa suoraan yhteisösopimuksen vapautta liikkuvuutta koskevista säännöksistä. Tämän ohella sisämarkkinalainsäädännön toimeenpanon eteneminen ja ilmeisesti myös markkinoita koskevien ajattelutapojen muutos sitten 1980-luvun puolivälin tekivät tilanteen erilaiseksi verrattuna

1970-luvun loppuun, jolloin tasapainotus voitiin tehdä pelisääntöjä muuttamalla.

Tähän ei 1990-luvun lopulla ollut poliittista mahdollisuutta. Tuohon aikaan sisämarkkinoiden rakenteistuminen oli jo varsin pitkällä ja suhtautuminen markkinoihin sosiaali- ja terveyspolitiikassa oli muuttunut. Sisämarkkinoiden rakenteistuminen 1980-luvun loppupuolelta eteenpäin monilla muilla politiikkalohkoilla ja palvelualoilla oli johtanut tilanteeseen, jossa terveyspalvelujen (sekä eräiden muiden politiikkalohkojen) ”poikkeuksellisuus” alkoi tulla aikaisempaa selvemmin näkyväksi – ja sellaisena keskustelun alaiseksi. Samaan aikaan useissa jäsenmaissa oli otettu käyttöön erilaisia tilaaja–tuottajamalleja, jotka hyödynsivät markkinaperiaatteita myös terveyspalveluissa, ja niistä saatavat kokemukset osoittivat, että ainakin eräissä tapauksissa terveyspalveluja voidaan mielekkäällä tavalla organisoida markkinoiden kautta. Niinpä Nizan sopimuksessa, joka allekirjoitettiin 12/2000 ja tuli voimaan 2/2003, ei kansanterveysartikklaa muutettu. Neuvottelut keskittyivät jäsenvaltioiden välisten valtasuhteiden painottamiseen, mutta sen ohella sopimukseen tehtiin lukuisia muutoksia myös politiikka-artikloihin.

Samanaikaisesti yleisen sosiaalipoliittisen aktivoitumisen myötä 1990-luvun jälkipuoliskolla (ks. Saari 2003; Kari & Saari 2005) myös komission pyrkimys terveyspalvelujen ohjaukseen alkoi vahvistua. Esimerkiksi vuonna 1998 antamassaan tiedonannossa kansanterveyspolitiikan kehittämisestä Euroopan yhteisössä (14/4/98) komissio pohtii jäsenvaltioiden ongelmia terveydenhuoltojärjestelmien rahoituksessa, organisoinnissa ja hallinnossa. Näillä aloilla komissiolla ei ole perussopimusperusteista toimivaltaa lukuun ottamatta kansanterveyttä käsittelevän artiklan 152.2 linjausta kansanterveyteen liittyvästä jäsenvaltioiden välisestä yhteistyöstä. Terveydenhuoltojärjestelmien rahoituksen käsittely tuon toimivallan rajoissa edellyttää varsin pitkälle menevää toimivallan venyttämistä.

EY-tuomioistuimen oikeuskäytännön suunta huomattiin myös poliittisella tasolla. Terveyspalvelut tulivat ministerineuvoston asialistalle syksyllä 2001<sup>3</sup>. Keskustelun avausta vauhditti Espanjan EU-puheenjohtajuuskausi (1–6/2002). Espan-

ja halusi nostaa asian esiin muun muassa kytkeäkseen siihen kysymyksen Espanjan aurinkorannikoilla asuvien eläkeläisten terveydenhuollon kustannuksista (joiden korvaamisesta on säädetty EY:n sosiaaliturva-asetuksessa). Espanja järjesti helmikuussa 2002 Malagassa epävirallisen terveysministeriöiden tapaamisen, jossa keskusteltiin potilaiden liikkuvuudesta ja terveydenhuollon kehityssuunnauksista Euroopassa. Kokous ei tehnyt virallisia päätöksiä eikä puheenjohtajan kokouksen lopussa esittämästä suullisesta yhteenvedosta keskusteltu. Kokouksen jälkeen kirjallisena jaettu puheenjohtajan yhteenveto jäi kuitenkin elämään omaa elämänsä ja oli pohjana asian jatkokäsittelylle.

Malagassa ja eräissä muissa asiantuntijatasoisten konferensseissa käytyjen keskustelujen pohjalta käynnistettiin neuvoston päätelmien valmistelu. Jäsenvaltioita poliittisesti sitovat neuvoston päätelmät potilaiden liikkuvuudesta ja terveydenhuollon kehityssuunnauksista hyväksyttiin kesäkuun neuvostossa 2002 (EYVL, C 183/01). Päätelmissä neuvosto ja neuvostossa kokoontuneet jäsenvaltioiden edustajat katsoivat, että komission olisi käynnistettävä korkean tason pohdintaprosessi läheisessä yhteistyössä neuvoston ja kaikkien jäsenvaltioiden, erityisesti terveysministerien ja muiden alan keskeisten tahojen kanssa.

Pohdintaprosessiin osallistuivat kaikki silloiset jäsenvaltiot Luxemburgia lukuun ottamatta sekä Euroopan parlamentin edustajat. Mukana olivat lisäksi seuraavat Euroopan tason terveysalan liitot: *International Mutual Association* (AIM), *Standing Committee of the Hospitals of the EU* (CPME), *European Health Management Association* (EHMA), *European Patients Forum* (EPF), *European Social Insurance Partners* (ESIP) ja *Standing Committee of European Doctors* (CPME). Mukana ovat siis olleet varsin laajapohjaisesti terveyteen kytkeytyvät intressiryhmät. Prosessin loppuvaiheessa siihen osallistuivat myös uusien, tuolloin liittymismaiden edustajat. Runsaan vuoden kestäneen prosessin aikana terveysministerit kokoonoutuivat kolmesti. Ministerikokouksiin asiat valmisteltiin ministeriöiden henkilökohtaisten edustajien (eli nimensä nepalilaisten kantajien mukaan saaneiden ns. sherpojen) toimesta. Sherpa-kokouksia oli prosessin aikana kymmenkunta.

Joulukuussa 2003 pidetyssä päätöskokouksessaan EU15-maiden sekä uusien jäsenvaltioiden terveysministerit hyväksyivät raportin (HL-PR/2003/16), joka sisältää 19 suositusta seuraavilta viideltä aihealueelta:

<sup>3</sup>Neuvoston asialistat löytyvät Internetistä osoitteesta [www.europa.eu.int](http://www.europa.eu.int).



1. eurooppalainen yhteistyö, jolla edistetään voimavarojen parempaa käyttöä

2. potilaita, ammattihenkilöitä ja päätöksentekijöitä koskevat tiedonantovaatimukset

3. hoidon saanti ja laatu

4. kansallisen terveyspolitiikan yhteensovittaminen eurooppalaisten vaatimusten kanssa

5. terveydenhuoltoon liittyvät kysymykset ja unionin koheesio- ja rakennerahastot.

Aihealueita oli alun perin neljä ensiksi mainittua. Prosessin loppuvaiheessa mukaan tulleet uudet jäsenvaltiot halusivat nostaa esiin myös unionin rahastojen hyödyntämisen terveydenhuollossa.

Taulukossa 2 on arvioitu reflektioprosessin suosituksia ja niiden merkitystä sisämarkkinäkökulmasta. Arviossa on keskitytty suositusten ja niiden toteuttamisen vaikutuksiin erityisesti palveluiden ja henkilöiden vapaaseen liikkuvuuteen. Asteikkona on käytetty vähäinen – kohtalainen – merkittävä sen mukaan, kuinka suuri potentiaalinen merkitys sovitulla metodeilla on liikkuvuuden esteiden poistamisessa ja/tai liikkuvuuden lisäämisessä. Pääosin reflektioprosessissa esiin nostetut ja sen työtä jatkavassa komission korkean tason ryhmässä (HLG) edelleen kehitettävät metodit ovat tässä suhteessa vaatimattomia ja keskittyvät lähinnä tiedonvaihtoon ja verkostoitumiseen. Prosessin ansio onkin nähtävä siinä, että se on kannustanut jäsenvaltioita yhteistyöhön sellaisilla alueilla, jotka jäsenvaltiot kokevat hyödyllisiksi ja joilla on saavutettavissa lisäarvoa kansallisiin toimenpiteisiin nähden.

Reflektioprosessin yhtenä suosituksena oli perustaa EU-tason pysyvä mekanismi terveydenhuoltoalan yhteistyön tukemiseksi Euroopassa ja EU:n vaikutusten terveydenhoitojärjestelmiin tarkkailemiseksi. Komissio vastasi tähän perustamalla huhtikuun lopussa 2004 edellä mainitun terveyspalveluita ja sairaanhoitoa käsittelevän korkean tason ryhmän. Ryhmä jatkaa reflektioprosessin työtä, sillä sen päätehtäväksi ovat muotoutuneet prosessin suositusten edistäminen ja konkreettisten ehdotusten tekeminen niiden toteuttamiseksi. Ryhmän toistaiseksi käsittelemiä aihealueita ovat terveyspalveluiden ostaminen toisesta jäsenvaltiosta (mukaan lukien potilaiden oikeudet ja velvollisuudet), terveydenhuollon ammattihenkilöiden liikkuvuus, terveysteknologian arviointi, eTerveys ja informaatiotarpeet, tiettyjen (alkuvaiheessa harvinaisten sairauksien) hoitojen keskittäminen eurooppalaisiin osaamiskes-

kuksiin, terveysvaikutusten arviointi ja potilasturvallisuus (jota reflektioyhmä ei ollut käsitellyt erillisenä aiheena). Ryhmän toteuttamat toimenpiteet ja työohjelma seuraavalle vuodelle raportoidaan kunkin vuoden loppupuolella työllisyys-, sosiaalipolitiikka-, terveys- ja kuluttajasioiden neuvostolle (ks. HLG/2004/21 final ja HLG/2005/16).

HLG:n työ on esimerkki jäsenvaltioiden vapaaehtoisesta, mutta ei välttämättä aina kovin innostuneesta yhteistyöstä terveyspalveluissa. Jäsenvaltiot pystyvät ryhmässä ohjaamaan näiden herkkien kysymysten käsittelyä haluamaansa suuntaan siitäkin huolimatta, että ryhmää vetää Euroopan unionin komissio. Jäsenvaltioiden ja komission välinen jännite näkyy siinä, että useat jäsenvaltiot pitivät komission päätöstä HLG:n perustamiseksi hätiköitynä. Tämä on kuitenkin ristiriidassa yhdessä hyväksytyn reflektioprosessin suosituksen kanssa. HLG:tä koskeva suositus kuului seuraavasti: ”*Komissiota* kehoitetaan harkitsemaan Euroopan unionin tason pysyvän mekanismin kehittämistä, jotta voitaisiin tukea terveydenhuoltoalan yhteistyötä Euroopassa ja tarkkaila EU:n vaikutusta terveydenhoitojärjestelmiin, sekä esittämään asiaan liittyviä ehdotuksia” (kurssivointi lisätty).

Komission aktiivista roolia tasapainottaakseen jäsenvaltiot katsoivat, että terveydenhuoltojärjestelmien kehityssuunnauksista tuli keskustella jäsenvaltiovetoisesti. Tämä johti syksyllä 2004 neuvoston kansanterveysryhmän päätökseen, jonka mukaan ryhmä kokoontuu kulloisenkin puheenjohtajavaltion aloitteesta korkean tason kokoonpanossa. Ryhmä on toistaiseksi kokoontunut kolme kertaa ja sen rooli on vasta muotoutumassa. Odotettavissa on, että se keskustelee laajasti terveydenhuoltojärjestelmiin liittyvistä asioista sekä toimii tietopankkina ja ”hälytyskanavana” erilaisista terveyteen mahdollisesti vaikuttavista yhteisöaloitteista. Ryhmä raportoi neuvostolle normaalikäytäntöjen mukaisesti.

## Kohti eurooppalaistuvaa terveyspolitiikkaa?

Reflektioprosessin analysointi osoittaa, että jäsenvaltioiden tiiviillä yhteistoiminnalla voidaan vaikuttaa sisämarkkinoiden ja terveyspolitiikan yhteensovittamiseen ja tasapainottamiseen. Poliittinen ohjaus on ollut ilmeisen toimiva tapa lähes-

*Taulukko 2. Reflektioprosessi: suositukset, välineet ja vaikutukset*

Reflektioprosessin suositukset	Metodi	Merkitys sisämarkkinanäkökulmasta ja toteutuma vuoden 2005 lopussa
Potilaiden oikeudet ja velvollisuudet	Tiedonvaihto, yhteisen näkemyksen etsiminen	Vähäinen (oikeuksien yhdenmukaistamisella olisi suurempi merkitys) Sisältyy HLG:n työohjelmaan, mutta ei vielä käsitelty
Ylimääräisen kapasiteetin jakaminen toisten kanssa ja rajat ylittävä hoito	Tiedonvaihto (hoidon kannalta merkitykselliset asiat) Verkostoituminen (tietokannat, rajat ylittävät hankkeet) Ohjeistus (terveyspalveluiden ostaminen rajan yli)	Kohtalainen HLG on tehnyt suositusluonteisen ohjeet palveluiden ostajille, joiksi katsotaan julkiset tai yksityiset palveluntuottajat Ohje sisältää ”muistilistan” huomioon otettavasta lainsäädännöstä ja käytännön asioista, joista on sovittava palvelun ostajan ja tarjoajan välillä
Eurooppalaiset osaamiskeskukset	Työnjako jäsenvaltioiden välillä	Merkittävä, jos lopputuloksena hoidon keskittyminen nykyistä harvempiin keskuksiin HLG:n alaryhmä pohtii kriteereitä osaamiskeskuksille (alkuvaiheessa pilottina harvinaiset sairaudet)
Terveysteknologian arviointi	Työnjako jäsenvaltioiden asiantuntijalaitosten välillä verkoston muodossa	Vähäinen palveluiden liikkuvuuden näkökulmasta, poistaa merkittävästi päällekkäistä työtä. HLG päättänyt perustaa verkoston, toteutetaan kansanterveysohjelman rahoituksella
Euroopan unionin puitteet tietojen antamista varten (terveydenhuoltojärjestelmiä koskeva tiedotusstrategia)	Tiedotus tietosuojasäännöksistä Tiedon jakaminen kansanterveysportaalin kautta Terveysalan sähköiset sovellukset eTerveys-toimintasuunnitelmassa	Merkittävä potilaiden tiedonsaannin parantamisessa ja pitkällä aikavälillä sähköisten sovellusten yhteensopivuudessa HLG:n alaryhmä käsittelee joiltain osin, asia esillä muillakin foorumeilla
Hoidon saantia ja laatua koskevan tiedon lisääminen	Tiedonkeruu potilaiden ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden liikkuvuudesta Tiedonvaihto hoitoon hakeutumisen järjestämistavoista	Vähäinen Tiedonkeruuta potilaiden liikkuvuudesta tehdään kansanterveysohjelman rahoituksella. HLG selvittänyt alustavasti th-ammattihenkilöiden liikkuvuutta ja vaihtanut tietoja hoitoon hakeutumisen järjestämistavoista
Tutkimus siitä, miten eurooppalainen toiminta vaikuttaa hoidon saantiin ja laatuun	Tutkimus	Vähäinen Joiltain osin sisältyy käynnissä oleviin tutkimushankkeisiin, joita rahoitetaan joko kansanterveysohjelmasta tai tutkimuksen 6. puiteohjelmasta
Kansallisten tavoitteiden yhteensovittaminen EU:n velvoitteiden kanssa	Nykyisen ja tulevan oikeuskäytännön ja lainsäädännön parempi soveltaminen jäsenvaltioissa Tutkimus, neuvottelut Jäsenvaltioiden yhteistyöelin	Merkittävä soveltamisen yhdenmukaistuksessa HLG kehittänyt metodologiaa terveysjärjestelmien vaikutusten arviointiin (Health systems impact assessment), pilotointi 2006 Komissio perusti HLG:n 20.4.2004, lisäksi neuvoston korkean tason ryhmä
Terveydenhuoltoon liittyvät kysymykset, unionin koheesio- ja rakennerahastot	Terveysinvestointien parempi huomioon ottaminen rahoitusinstrumenteissa	Vähäinen Tukee ensi sijassa uusien jäsenvaltioiden kansallisen infrastruktuurin kehittämistä

tyä tätä problematiikkaa 2000-luvun alun tilanteessa. Unionin funktionaalisen toimivallan vahvuuden ja vahvistumisen vuoksi sektorallisen toimivallan ”suojaamiseen” esimerkiksi läheisyys- ja suhteellisuusperiaatteisiin vetoamalla tähtäävät toimenpiteet eivät ilmeisestikään voi menestyä EU-tasolla. EY-tuomioistuin suhtautuu nuivasti moiseen lähestymistapaan ja Euroopan unionin komissio ei näillä näkymin käytä aloitevaltaansa sen edistämiseen. Tämä tuli selkeästi esiin konventissa, jossa komission edustajat tyrmäsivät sektorallisen toimivallan vahvistamiseen tähtäävät yritykset muokata perustuslakiehdotusta ja tästä konventin enemmistö oli yhtä mieltä komission kanssa (ks. Saari 2003, 370–375 ja numeroimaton alaviite tässä artikkelissa). Nykyisen toimivallan, EY-tuomioistuimen oikeuskäytännön ja komission sisämarkkinoiden toimivuutta edistävän aloitevallan rajoissa reflektioprosessin kaltainen pro-aktiivinen, tasapainottamiseen tai painopisteen siirtämiseen tähtäävä toimintamalli on monella tapaa hedelmällisempi.

Reflektioprosessi ei kuitenkaan voi korvata perussopimusperusteista toimintamallia. Tämän vuoksi on tärkeää, että perustuslakiehdotukseen sisältyy linjauksia, joissa funktionaalisen ja sektorallisen toimivallan välistä jännitettä lievennetään luomalla yleisiä periaatteita. Perustuslakiehdotuksessa on kaksi tähän liittyvää artiklaa. Ensinnäkin siihen sisältyy vanha kansanterveysartiklan linjaus terveyden huomioon ottamisesta kaikissa politiikoissa. Sen uusi numero on III-278. Tämä mahdollistaa terveyden ja terveysvaikutusten laajapohjaisen huomioon ottamisen ja arvioinnin kaikissa politiikoissa. Artiklan kaikkia mahdollisuuksia ei ole vielä testattu. (Suomen tulevalle Euroopan unionin puheenjohtajuuskaudella 7–12/2006 järjestetään korkean tason konferenssi, jossa analysoidaan tuon artiklan antamia mahdollisuuksia.) Lisäksi nykyistä 152. artiklan 5. kohtaa on ehdotuksessa (III-278-artiklan 7. kohta) täsmennetty ja laajennettu koskemaan kaikkea unionin toimintaa – ei vain kansanterveyden alaa. Säännöksen mukaan ”unionin toiminnassa otetaan huomioon jäsenvaltioiden velvollisuudet, jotka liittyvät niiden terveyspolitiikan määrittelyyn sekä terveyspalvelujen ja sairaanhoidon järjestämiseen ja tarjoamiseen. Jäsenvaltioiden tehtäviin kuuluvat terveyspalvelujen ja sairaanhoidon hallinnointi sekä niihin osoitettujen voimavarojen kohdentaminen”.

Tämän ohella perustuslakiehdotukseen sisältyy

uusi ns. horisontaaliartikla III-117. Sen mukaan ”unioni ottaa tässä osassa tarkoitetun politiikkansa ja toimintansa määrittelyssä ja toteuttamisessa huomioon korkean työllisyystason edistämiseen, riittävän sosiaalisen suojelun takaamiseen, sosiaalisen syrjäytymisen torjumiseen sekä korkeatasoiseen koulutukseen ja ihmisten terveyden korkeatasoiseen suojeluun liittyvät vaatimukset”. Ennen perustuslain (mahdollista) voimaantuloa ja tuomioistuimen asiaa koskevaa oikeuskäytäntöä on kuitenkin mahdotonta arvioida, kuinka tuota linjausta käytännössä voidaan hyödyntää sisämarkkinoiden ja terveyspolitiikan yhteensovittamisessa.

Funktionaalisen ja sektorallisen toimivallan välistä jännitettä valaisee myös parhaillaan käytävä keskustelu komission antamasta palveludirektiiviehdotuksesta. Alkuperäisen direktiiviehdotuksen soveltamisalaan kuuluvat terveyspalvelut. Lisäksi siihen on otettu oma artikla terveyspalveluiden korvattavuudesta. Sen tavoitteena on kirjata EY-tuomioistuimen tähänastinen kumuloitunut oikeuskäytäntö kaikkia jäsenvaltioita sitovaan säännökseen ja näin varmistaa oikeuskäytännön noudattaminen. Lukuisat, joskaan eivät kaikki, jäsenvaltiot ja useat Euroopan parlamentin ryhmät tai niiden enemmistöt ovat suhtautuneet kielteisesti siihen, että terveyspalvelut sisällytetään sisämarkkinasäännökseen. Tätä kirjoitettaessa vuoden 2006 alussa on epäselvää, jäävätkö terveyspalvelut ja/tai niiden korvattavuus osaksi direktiiviä. Parlamentti äänestää direktiivistä täysistunnossaan helmikuun puolivälissä. Näyttää kuitenkin mahdolliselta, että jos terveyspalvelut rajataan palveludirektiivin ulkopuolelle, poliittiset paineet terveyspalveluita säätelevän erityisdirektiivin aikaansaamiseksi kasvavat (ks. Euroopan ..., 2005). Tämäkään polku ei välttämättä ole haasteeton jäsenvaltioiden terveyspalvelujärjestelmien välisten institutionaalisten eroavaisuuksien ja niihin kytkeytyvien erilaisten intressien vuoksi. Myös sen yhteensovittaminen Suomen kaltaisten maiden terveyspalvelu- ja sairausvakuutusjärjestelmiin voi olla varsin ongelmallista.

Unionin toiminnan laajentuminen terveydenhuoltojärjestelmiin ja terveyspalveluihin on nähtävissä komission huhtikuussa 2005 antamassa ehdotuksessa yhteisön toimintaohjelmaksi terveyden ja kuluttajansuojan alalla 2007–2013 (KOM[2005]115). Terveyden ja kuluttajansuojan yhdistäminen saman ohjelman alle on komis-

sion näkökulmasta käyrännön sanelemaa esim. rahoitusyistä, mutta sen voi nähdä merkitsevän myös periaatteellista kannanottoa terveydestä kulutushyödykkeenä tai terveyspalveluiden käyttäjästä kuluttajana. Tätä ajattelutapaa Suomessa on toistaiseksi vieroksuttu, koska terveyspalveluiden käyttäjää, potilasta, ei ole pidetty tasavertaisena hyödykkeen ostajana mm. siksi, ettei hänellä ole usein riittävää tietopohjaa itsenäisten ostopäätösten tekemiseksi, vaan terveydenhuollon ammattihenkilön apu on yleensä tarpeen. Alustavan käsittelyn perusteella komission ajattelutapa näyttää kuitenkin olevan vastatulessa Euroopan parlamentissa. Ohjelmien erottaminen on siten jatkokäsittelyssä todennäköistä.

Toinen merkittävä uudistus ehdotuksessa on siihen lisätty uusi tavoite lisätä terveydenhuoltojärjestelmien tehokkuutta ja vaikuttavuutta. Tähän tavoitteeseen sisältyvät kaikki ne toimenpiteet, joita jo toteutetaan jäsenvaltioiden välisenä yhteistyönä HLG:ssä sekä avoimen koordinoitijärjestelmän soveltamisessa terveydenhuoltoon ja pitkäaikaishoittoon.

Kaikki nämä vaihtoehdot ja niistä käyty varsin intensiivinen ja monipolvinen keskustelu osoittavat, että jo nyt sisämarkkinoiden ja terveyden yhteensovittaminen ottaa – ainakin joiltain osin – huomioon jäsenvaltioille tärkeät terveyspoliittiset linjaukset. Alkuperäinen palveludirektiiviehdotus osoittaa kuitenkin myös sen, että komission lähestymistapa ei nykyisellään ole jäsenmaiden reflektioprosessin aikana esiintuomalla tavalla tasapainoinen, vaan asteen tai ehkä jopa kaksi liian pitkälle sisämarkkinanäkökulmasta nouseva. Voi hyvin kuvitella, että jos perustuslakiehdotuksen III-117- ja III-278-artikla olisi jouduttu ottamaan huomioon jo direktiiviehdotusta valmisteltaessa, nyt toteutuneen kaltaiselta kädenväännöltä terveyspalvelujen asemasta sisämarkkinoilla olisi joissakin tapauksissa ja joiltakin osin vältytty.

## Lopuksi

Edellä olevan tarkastelun valossa ulkoasiainvalio-

kunnan lausunto sosiaali- ja terveyspolitiikasta tulevaisuudessakin ”ensisijaisesti Suomen omista päätöksistä” riippuvana politiikkalohkona on edelleen pitkälti perusteltu. Edelleenkin sosiaali- ja terveyspoliittinen päätösvalta on ”ensisijaisesti” riippuvainen Suomen päätöksistä. Kuten oikeuskäytännön analysointi osoittaa, EY-tuomioistuinten päätösten tosiasialliset vaikutukset Suomeen ovat toistaiseksi olleet vähäiset: ne ovat enemmänkin symbolisia osoituksia kansallisen liikkumavaran uudelleen määrittelystä kuin järjestelmän perusteita ratkaisevasti horjuttavia ”iskuja”. Eurooppalaistumisen vaikutukset terveyspolitiikkaan ovat olleet laajempia Euroopan tasolla, jossa keskustelujen ja politiikkojen sisällöt ja määrät ovat ratkaisevasti muuttuneet, kuin jäsenvaltioissa, jotka ovat toistaiseksi selvinneet varsin pienin muutoksin. Toisella tavalla ilmaistuna unionitason keskustelujen sisällöt ja tavoitteet ovat olennaisesti samankaltaistuneet jäsenmaissa käytyjen keskustelujen kanssa.

Samalla on kuitenkin syytä korostaa, että ”ensisijaisen” ulkopuolelle jäävän ”toissijaisen” merkitys on korostunut. Suomessa ei 1990-luvun puolivälissä riittävästi tiedostettu funktionaalisen toimivallan vahvuutta sektoraalisten politiikkojen määrittäjänä. Lähestymistapa sitoutui vahvasti politiikkalohkoihin, mikä loi/toi jonkinasteista putkinäköä kannanmuodostukseen ja päätöksentekoon. Tältä osin päätösvalta on siirtynyt Suomesta Euroopan tasolle, jossa yksinomaan suomalaisten mahdollisuudet rajoittaa toimivallan käyttöä ovat vähäiset. Sittenkin suomalainen ymmärrys on muuttunut laajakatseisemmaksi, mikä on edellyttänyt eri ministeriöiden välistä yhteistyötä yhteisten kantojen muodostamisessa. Tältä osin Suomen vahvuus ja mahdollisuus tulevat olemaan siinä, missä määrin suomalaiset kykenevät jatkossakin ylläpitämään horisontaalisen yhteisymmärryksen eri ministeriöiden ja eturyhmien välillä. Vain puhumalla yhdellä suulla eri neuvostokokoonpanoissa ja etsimällä aktiivisesti samansuuntaisesti ajattelevia kumppaneita muista jäsenvaltioista Suomi voi edistää tärkeinä pitämiään tavoitteita.

## TIIVISTELMÄ

*Mervi Kattelus & Juho Saari: Terveyspolitiikan eurooppalaistuminen – reflektioprosessi sisämarkkinoiden tasapainottamisen välineenä*

Sosiaali- ja terveyspolitiikka nojautui pitkälle 1990-luvun lopulle saakka ajatukseen, jonka mukaan Euroopan unionin tai integraation vaikutus terveyteen tai terveyspolitiikkaan on vähäinen, jollei olematon. Tämä näkemys oli vallitseva mm. Suomen keskeisissä linjauksissa EU-jäsenyysneuvottelujen yhteydessä. Esimerkiksi eduskunnan ulkoasiainvaliokunnan mietintö ”Suomen liittyminen Euroopan unioniin” ei sisältänyt montakaan ajatusta terveyspolitiikasta. Nykyisin tilanne on tunnetusti toinen. Sisämarkkinoiden syventyminen ja Euroopan yhteisöjen tuomioistuimen lukuisat päätökset koskien terveyspalvelujen vapaata liikkuvuutta vuodesta 1999 eteenpäin ovat muuttaneet sisämarkkinoiden ja terveyspalvelujen välistä tasapainoa aikaisemmasta.

Tässä artikkelissa analysoidaan sisämarkkinoiden

roolin muutosta terveyspalveluissa. Alkupuolella tarkastellaan toimivallan kehitystä ja sisämarkkinoiden eli tavaroiden, palvelujen, työvoiman ja pääomien vapaan, mutta säännellyn liikkuvuuden toimeenpanoon liittyviä teemoja. Sitten käydään lävitse Euroopan yhteisöjen tuomioistuimen viimeksi kuluneiden vajaan kymmenen vuoden aikana tekemät tärkeimmät päätökset koskien sisämarkkinoiden ja terveyspalvelujen yhteensovittamista ja arvioidaan niiden merkitystä suomalaisen terveyspolitiikan kannalta. Tähänastiset muutokset arvioidaan varsin vähäisiksi. Artikkelin loppupuolella arvioidaan ja esitellään jäsenvaltioiden luomaa ns. ”reflektioprosessia” ja sen jatkotyötä; niiden yhtenä tavoitteena on luoda yhteisiä sisämarkkinoiden toimintaa hillitseviä pelisääntöjä. Prosessilla arvioidaan olevan jonkin verran vaikutusta sisämarkkinoiden toimintaan. Artikkelin viimeisessä jaksossa pohditaan perustuslakija palveludirektiiviehdotusten mahdollisia vaikutuksia sisämarkkinoiden ja terveyspalvelujen yhteensovittamisen näkökulmasta. Artikkelä päättyy yhteenvetoon.

## ASIAKIRJAT

Eduskunnan ulkoasiainvaliokunnan mietintö 1994: UaVM9, HE 135. Suomen liittyminen Euroopan unioniin. 1994

Euroopan parlamentin päätöslauselmaesitys potilaiden liikkuvuudesta ja terveydenhuollon kehityssuuntauksista Euroopan unionissa (2004/2148[INI]). Ympäristön, kansanterveyden ja elintarvikkeiden turvallisuuden valiokunnan mietintö. Esittelijänä John Bowis, hyväksytty 29.4.2005

HLPR/2003/16. Korkean tason pohdintaprosessi potilaiden liikkuvuudesta ja terveydenhuollon kehityssuuntauksista Euroopan unionissa, pohdintaprosessin lopputulos. 9.12.2003

KOM(2004)301. Komission tiedonanto potilaiden liikkuvuudesta ja terveydenhuollon kehityssuuntauksista Euroopan unionissa, järjestetyn korkean tason pohdintaprosessin jatkotoimet. Bryssel 20.4.2004

KOM(2004)304. Komission tiedonanto: Sosiaalisen suojelun uudistaminen laadukkaana, helposti saatavilla olevana ja kestäväna terveydenhoidon ja pitkäaikaishoidon kehittämiseksi: kansallisten strategioiden tukeminen avoimen koordinoitimenetelmän avulla. Bryssel 20.4.2004

KOM(2004)356. Komission tiedonanto: Terveysalan sähköisten sovellusten edistämistä Euroopassa koskeva toimintasuunnitelma (eHealth). Bryssel 30.4.2004

KOM(2004)2. Ehdotus Euroopan parlamentin ja neuvoston direktiiviksi palveluista sisämarkkinoilla. Bryssel 13.1.2004

KOM(2005)115. Komission tiedonanto: Kansalaisten terveyden, turvallisuuden ja luottamuksen edistäminen: terveys- ja kuluttajansuojastrategia, ehdotus Euroopan parlamentin ja neuvoston päätökseksi yhteisön toimintaohjelmasta terveyden ja kuluttajansuojan alalla (2007–2013). Bryssel 6.4.2005

KOM(2005)141. Kasvua ja työllisyyttä koskevat yh-

dennetyt suuntaviivat (2005–2008), joihin sisältyy komission suositus jäsenvaltioiden ja yhteisön talouspolitiikkojen laajoista suuntaviivoista (EY:n Perustamissopimuksen 99. artiklan nojalla). Bryssel 12.4.2005

Komission terveyspalveluita ja sairaanhoitoa käsittelevän korkean tason ryhmän raportit neuvostolle 2004 (HLG/2004/21 final, 30.11.2004) ja 2005 (HLG/2005/16, 18.11.2005)

Neuvoston ja neuvostossa kokoontuneiden jäsenvaltioiden edustajien päätelmät 19.7.2002 potilaiden liikkuvuudesta ja terveydenhuollon kehityssuuntauksista Euroopan unionissa. EYVL C 183/01, 1.8.2002 (suomennosta tarkistettu myöhemmin) SEC(2005)1774. Sustainable financing of social policies in the European Union. Brussels, 19.12.2005.

## KIRJALLISUUS

DE BÚRCA, GRÁINNE (ed.): EU Law and the Welfare State – In Search of Solidarity. Oxford: Oxford University Press, 2005

HAGFORS, ROBERT & SAARI, JUHO: Sosiaalipolitiikka talous- ja rahaliitossa. Kelan katsauksia. Helsinki: Kela, ilmestyy helmikuussa 2006

HATZOPOULOS, VASSILIS: Health Law and Policy: The Impact of the EU. P. 111–168. In: De Búrca, Gráinne (ed.): EU Law and the Welfare State – In Search of Solidarity. Oxford: Oxford University Press, 2005

HÄMÄLÄINEN, RIITTA-MAIJA & KOIVUSALO, MERI & OLLILA, Eeva: EU Policies and Health. Themes from Finland 1/2004. Helsinki: Stakes, 2004

KAILA, HEIDI: Potilaiden vapaa liikkuvuus Euroopan unionissa – kansalliset sosiaaliturvajärjestelmät sisämarkkinalogiikan puristuksessa. Defensor Legis N:o 4/2004

KARI, MATTI & SAARI, JUHO: Sosiaalinen Eurooppa – Euroopan unionin sosiaalipolitiikka. Helsinki: Eu-



- rooppa-tiedotus, 2005
- LAITINEN-KUIKKA, SINI & SAARI, JUHO: Eurooppalaistuminen – Sosiaalipolitiikan tutkimuksen uusi kenttä. Helsinki: Eläketurvakeskus, 2006 (artikkelin käsikirjoitus)
- MOSSIALOS, ELIAS & DIXON, ANNA & FIGUERAS, JOSEP & KUTZIN, JOE (eds): Funding Health Care: Options for Europe. European Observatory on Health Systems and Policies Series. Buckingham: Open University Press, 2002
- MOSSIALOS, ELIAS & MCKEE, MARTIN: EU Law and the Social Character of Health Care. Bruxelles: P.I.E.-Peter Lang, 2002
- PALM, WILLY & NICKLESS, JASON & LEWALLE, HENRI & COHEUR, ALAIN: Implications of recent jurisprudence on the co-ordination of health care protection systems. General report produced for the Directorate-General for Employment and Social Affairs of the European Commission, Association Internationale de la Mutualite (AIM), May 2000
- PALOLA, ELINA & SAVIO, ANNIKKI (eds): Refining the Social Dimension in an Enlarged EU. Helsinki: Stakes, 2005
- RAUNIO, TAPIO & SAARI, JUHO (toim.): Eurooppalaistuminen – Suomen sopeutuminen Euroopan integraatioon, 1995–2005. Helsinki: Gaudeamus, 2006 (tulossa)
- SAARI, JUHO (toim.): Euroopan sosiaalinen malli. Helsinki: STKL, 2002
- SAARI, JUHO: Uusi aikakausi – Yhdentyvä Eurooppa ja sosiaaliturva. Helsinki: STKL, 2003
- SAKELLAROPOULOS, THEODOROS & BERGHMAN, JOS (eds): Connecting Welfare Diversity within the European Social Model. Antwerpen & al.: Intersentia, 2004
- SALTMAN, RICHARD B. & BUSSE, REINHARD & MOSSIALOS, ELIAS (eds): Regulating Entrepreneurial Behaviour in European Health Care Systems. European Observatory on Health Systems and Policies Series. Buckingham: Open University Press, 2002
- SALTMAN, RICHARD B. & BUSSE, REINHARD & FIGUERAS, JOSEP (eds): Social Health Insurance Systems in Western Europe. European Observatory on Health Systems and Policies Series. Buckingham: Open University Press, 2004
- SCHARPF, FRITZ W.: Legitimate Diversity: The New Challenge of European Integration. P. 79–104. In: Börzel, Tanja A. & Cichowski, Rachel A. (eds): The State of the European Union, Vol. 6. Law, Politics, and Society. Oxford: Oxford University Press, 2003
- SCHMÖGNEROVÁ, BRIGITA: The European Social Model – A View from a Newcomer. Bonn: Friedrich Ebert Stiftung, 2005
- SZYSZCZAK, ERIKA: The new paradigm for social policy: A virtuous circle. Common Market Law Review 38 (2001), 1125–1170.

LIITE 1. Kansanterveysartiklan muutokset Maastrichtin sopimuksesta perustulakiehdotukseen

MAASTRICHTIN SOPIMUS	AMSTERDAMIN SOPIMUS	PERUSTUSLAKIEHDOTUS (Muutokset kursivoitu)
<p>X OSASTO KANSANTERVEYS</p> <p>129 artikla</p> <p>1. Yhteisö myötävaikuttaa ihmisten terveyden korkeatasoisen suojelun toteuttamiseen rohkaisemalla jäsenvaltioiden välistä yhteistyötä sekä tarvittaessa tukemalla niiden toimintaa.</p> <p>Yhteisön toiminta suuntautuu tautien, erityisesti erittäin vaarallisten sairauksien, riippuvuus huumausaineista mukaan luettuna, ehkäisemiseen suosien niiden syiden ja leviämisen tutkimusta sekä terveysvalistusta ja -kasvatusta.</p> <p>Terveyden suojelua koskevat vaatimukset ovat olennainen osa yhteisön muuta politiikkaa.</p> <p>2. Yhteydessä komission kanssa jäsenvaltiot soveltavat yhteen politiikkansa ja toimintaohjelmansa 1 kohdassa tarkoitetuilla aloilla. Komissio voi kiinteässä yhteydessä jäsenvaltioihin tehdä aiheellisia aloitteita tämän yhteensovittamisen edistämiseksi.</p> <p>3. Yhteisö ja jäsenvaltiot suosivat yhteistyötä kolmansien maiden sekä kansanterveyden alalla toimivaltaisten kansainvälisten järjestöjen kanssa.</p> <p>4. Myötävaikuttaakseen tässä artiklassa tarkoitettujen tavoitteiden toteuttamiseen neuvosto:</p> <p>- jäljempänä 189 b artiklassa määrättyä menettelyä noudattaen (yhteispäätös-menettely, nykyinen 251 artikla) sekä talous- ja sosiaalikomiteaa ja alueiden komiteaa kuultuaan vahvistaa kannustustoimia, joihin ei sisälly jäsenvaltioiden lakien ja asetusten yhdenmukaistamista;</p> <p>- antaa määränemistölle komission ehdotuksesta suosituksia.</p>	<p>XIII OSASTO KANSANTERVEYS</p> <p>152 artikla</p> <p>1. Kaikkien yhteisön poliittikkojen ja toimintojen määrittelyssä ja toteuttamisessa varmistetaan ihmisten terveyden korkeatasoinen suojelu.</p> <p>Kansallista politiikkaa täydentävä yhteisön toiminta suuntautuu kansanterveyden parantamiseen, ihmisten sairauksien ja tautien ehkäisemiseen sekä ihmisten terveyttä vaarantavien tekijöiden torjuntaan. Kyseinen toiminta käsittää laajalle levinneiden vaarallisten sairauksien torjunnan edistämällä niiden syiden, leviämisen ja ehkäisemisen tutkimusta sekä terveysvalistusta ja -kasvatusta.</p> <p>Yhteisö täydentää huumausaineiden aiheuttamien terveyshaittojen vähentämiseen tähtäävää jäsenvaltioiden toimintaa, johon kuuluu tiedotus- ja ehkäisemistoimia.</p> <p>2. Yhteisö edistää jäsenvaltioiden välistä yhteistyötä tässä artiklassa tarkoitetuilla aloilla sekä tarvittaessa tukee niiden toimintaa.</p> <p>Yhteydessä komission kanssa jäsenvaltiot soveltavat keskenään yhteen politiikkansa ja toimintaohjelmansa 1 kohdassa tarkoitetuilla aloilla. Komissio voi kiinteässä yhteydessä jäsenvaltioihin tehdä aiheellisia aloitteita tämän yhteensovittamisen edistämiseksi.</p> <p>3. Yhteisö ja jäsenvaltiot edistävät yhteistyötä kolmansien maiden sekä kansanterveyden alalla toimivaltaisten kansainvälisten järjestöjen kanssa.</p>	<p>III OSA: UNIONIN POLITIIKAT JA TOIMINTA V LUKU: ALAT, JOILLA UNIONI VOI PÄÄTTÄÄ TOTEUTTAA YHTEENSOVITUSTOIMIA, TÄYDENNYSTOIMIA JA TUKITOIMIA 1 JAKSO</p> <p>KANSANTERVEYS</p> <p>III-179 artikla</p> <p>1. Kaikkien <i>unionin</i> poliittikkojen ja toimien määrittelyssä ja toteuttamisessa varmistetaan ihmisten terveyden korkeatasoinen suojelu.</p> <p><i>Unionin toiminta täydentää kansallista politiikkaa ja suuntautuu kansanterveyden parantamiseen, ihmisten sairauksien ja tautien ehkäisemiseen sekä fyysistä ja mielen terveyttä vaarantavien tekijöiden torjuntaan. Tähän toimintaan kuuluvat myös</i></p> <p>a) laajalle levinneiden vaarallisten sairauksien <i>torjunta</i> edistämällä niiden syiden, leviämisen ja ehkäisemisen tutkimusta sekä terveysvalistusta ja -kasvatusta;</p> <p>b) <i>rajat ylittävien vakavien terveysuhkien valvonta, niistä hälyttäminen ja niiden torjuminen.</i></p> <p><i>Unioni täydentää huumausaineiden aiheuttamien terveyshaittojen vähentämiseen tähtäävää jäsenvaltioiden toimintaa, mukaan lukien tiedotus- ja ehkäisemistoimia.</i></p> <p>2. <i>Unioni</i> edistää jäsenvaltioiden välistä yhteistyötä tässä artiklassa tarkoitetuilla aloilla ja tukee tarvittaessa niiden toimintaa. <i>Se kannustaa jäsenvaltioita erityisesti yhteistyöhön, jonka tarkoituksena on parantaa niiden terveyspalvelujen täydentävyyttä jäsenvaltioiden välisen rajan molemmin puolin sijaitsevilla alueilla.</i> <i>Jäsenvaltiot soveltavat 1 kohdassa tarkoitettuihin aloihin yhteen politiikkansa ja ohjelmansa olleen yhteydessä komissioon.</i> Komissio voi kiinteässä yhteydessä jäsenvaltioihin tehdä aiheellisia aloitteita tämän yhteensovittamisen edistämiseksi, <i>erityisesti aloitteita, joilla on tarkoitus vahvistaa suuntaviivoja ja indikaattoreita, järjestää parhaita käytäntöjä koskevien tietojen vaihtoa sekä valmistella tarvittavat tekijät säännöllistä seurantaa ja arviointia varten. Euroopan parlamentti pidetään täysin ajan tasalla.</i></p> <p>3. <i>Unioni</i> ja jäsenvaltiot edistävät yhteistyötä kolmansien maiden ja kansanterveysalan toimivaltaisten kansainvälisten järjestöjen kanssa.</p> <p>4. <i>Poiketen siitä, mitä I-12 artiklan 5 kohdassa ja I-17 artiklan a alakohdassa määrätään, ja noudattaen I-14 artiklan 2 kohdan k alakohdan määräyksiä Eurooppalailla tai puitelaila myötävaikutetaan tässä artiklassa tarkoitettujen tavoitteiden saavuttamiseen säätämällä seuraavista toimenpiteistä, joilla voidaan puuttua yhteisiin turval-</i></p>

4. Neuvosto myötävaikuttaa 251 artiklassa määrättyä menettelyä noudattaen sekä talous- ja sosiaalikomiteaa ja alueiden komiteaa kuultuaan tässä artiklassa tarkoitettujen tavoitteiden saavuttamiseen toteuttamalla:

a) toimenpiteitä, joilla asetetaan ihmisestä peräisin oleville elimille ja aineille sekä verelle ja verituotteille korkeat laatu- ja turvallisuusvaatimukset; nämä toimenpiteet eivät estä jäsenvaltioita pitämästä voimassa tai toteuttamasta tiukempia suojaustoimenpiteitä;

b) poiketen siitä mitä 37 artiklassa määrätään, eläinlääkintä- ja kasvin-suojelualalla toimenpiteitä, joiden välittömänä tarkoituksena on kansanterveyden suojeleminen;

c) edistämistoimia, joiden tarkoituksena on ihmisten terveyden suojeleminen ja parantaminen, jotka eivät merkitse jäsenvaltioiden lakien ja asetusten yhdenmukaistamista.

Neuvosto voi myös antaa määräenemmistöllä komission ehdotuksesta suosituksia tässä artiklassa mainittujen tavoitteiden toteuttamiseksi.

5. Yhteisön toiminnassa kansanterveyden alalla otetaan täysimääräisesti huomioon jäsenvaltioiden terveyspalvelujen ja sairaanhoidon järjestämiseen ja tarjoamiseen liittyvät velvollisuudet. Erityisesti 4 kohdan a alakohdassa tarkoitettut toimenpiteet eivät vaikuta elinten ja veren luovuttamista tai lääketieteellistä käyttöä koskeviin kansallisiin säännöksiin ja määräyksiin.

*lisuuskysymyksiin:*

a) *toimenpiteet*, joilla asetetaan ihmisestä peräisin oleville elimille ja aineille sekä verelle ja verivalmisteille korkeat laatu- ja turvallisuusvaatimukset; nämä toimenpiteet eivät estä jäsenvaltioita pitämästä voimassa tai toteuttamasta tiukempia suojaustoimenpiteitä;

b) eläinlääkintä- ja kasvin-suojelualan toimenpiteet, joiden välittömänä tarkoituksena on kansanterveyden suojeleminen;

c) *toimenpiteet*, joilla asetetaan lääkkeille ja lääkinnällisille laitteille korkeat laatu- ja turvallisuusvaatimukset;

d) *toimenpiteet*, jotka koskevat rajat ylittävien vakavien terveysuhkien valvontaa, niistä hälyttämistä ja niiden torjumista.

*Eurooppalaki tai -puitelaki* annetaan, kun alueiden komiteaa sekä talous- ja sosiaalikomiteaa on kuultu.

5. *Eurooppalailla tai -puitelaila* voidaan myös säätää kannustustoimenpiteistä, joiden tarkoituksena on ihmisten terveyden suojeleminen ja parantaminen ja erityisesti rajat ylittävien laajalle levinneiden vaarallisten sairauksien torjunta, sekä toimenpiteistä, joiden välittömänä tarkoituksena on kansanterveyden suojeleminen ehkäisemällä tupakointia ja alkoholin väärinkäyttöä; nämä toimenpiteet eivät voi käsittää jäsenvaltioiden lakien ja asetusten yhdenmukaistamista. *Eurooppalaki tai -puitelaki* annetaan, kun alueiden komiteaa sekä talous- ja sosiaalikomiteaa on kuultu.

6. Neuvosto voi tässä artiklassa tarkoitettujen tavoitteiden saavuttamiseksi antaa komission ehdotuksesta myös suosituksia.

7. *Unionin* toiminnassa otetaan huomioon jäsenvaltioiden velvollisuudet, jotka liittyvät niiden terveyspolitiikan määrittelyyn sekä terveyspalvelujen ja sairaanhoidon järjestämiseen ja tarjoamiseen. *Jäsenvaltioiden tehtäviin kuuluvat terveyspalvelujen ja sairaanhoidon hallinnointi sekä niihin osoitettujen voimavarojen kohdentaminen*. Edellä 4 kohdan a alakohdassa tarkoitettut toimenpiteet eivät vaikuta elinten ja veren luovuttamista tai lääketieteellistä käyttöä koskeviin kansallisiin säännöksiin ja määräyksiin.